N° 71

18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ

DE

CURE RADICALE DE HERNIE INGUINALE

(BASSINI MODIFIÉ)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1905

PAR

Michel BONNET

Né à Sorgues (Vaucluse), le 21 septembre 1880

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER *(Concours nov. 1901)*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUST. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre Quai du et Verdanson

1905

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . DOYEN
TRUC . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. GUÉRIN.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre, Professeur adjoint.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT ED.
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*	MM. JEANBRAU, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	GRYNFELTT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

M. BONNET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. BONNET.

AVANT-PROPOS

Avant de quitter l'Université de Montpellier, où nous avons commencé et terminé nos études depuis les années déjà lointaines du baccalauréat jusqu'à aujourd'hui où nous accomplissons le dernier acte de scolarité médicale, il nous est un devoir bien doux à remplir, celui de remercier du fond du cœur tous les maîtres dont nous avons suivi l'enseignement et particulièrement tous les professeurs de cette vieille Faculté de Médecine, auprès desquels nous avons vécu les plus belles, les meilleures et les plus intéressantes années de notre vie.

Savants aimables toujours empressés à vous rendre service, à vous applanir les difficultés de toutes sortes qui se présentaient chaque jour, nous avons contracté envers eux des dettes de reconnaissance dont il nous sera difficile de nous acquitter pleinement.

Qu'ils veuillent bien accepter l'hommage de nos plus vifs remerciements.

Monsieur le professeur Forgue surtout, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, a droit à notre profonde reconnaissance pour tout ce qu'il a fait pour nous durant le cours de nos études, pour les conseils éclairés, pour cet enseignement précieux par son sens pratique et sa clarté qu'il nous a tou-

jours prodigués avec cette amabilité et cette bonne grâce qui font de lui un maître aimé de tous ses élèves.

C'est avec un regret très sincère que nous nous séparons de lui en quittant les bancs de l'Ecole de Médecine.

Qu'il daigne accepter l'hommage de notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse.

Enfin, nous n'aurions garde d'oublier l'accueil bienveillant qui nous a été fait à l'hôpital Ste-Marthe d'Avignon, tant par les membres de l'administration que par tous les Docteurs dans les services desquels nous avons passé durant une année seulement, hélas trop courte. C'est auprès de ces derniers que nous avons avons acquis quelque pratique dans l'art de guérir, en compagnie de ces chers camarades d'Internat dont nous garderons toujours le meilleur souvenir.

INTRODUCTION

De la cure radicale de la hernie en général et de la hernie inguinale en particulier, nous ne voulons pas faire l'apologie ; ce serait œuvre vaine, le fait étant indiscuté, et tout les chirurgiens étant d'accord à l'heure actuelle, qu'à part de très rares exceptions, tout porteur de hernie bénéficiera d'une intervention sanglante. Le bandage est en effet un fort mauvais moyen ; il maintient mal le viscère hernié s'il est peu serré ; mais si on le serre et qu'on veuille lui donner quelque utilité, il devient très douloureux. Ajoutons-y les ulcérations les accumulations épidermiques qui sentent mauvais, s'irritent et provoquent des démangeaisons insupportables; si l'on songe que cette misère, ce supplice du bandage dure toute la vie, on doit restreindre ses indications et lui faire céder le pas à la cure radicale. On vous objectera peut-être que si le bandage est un mauvais moyen, il ne présente pas les aléas d'une intervention chirurgicale. Nous répondrons aisément en faisant appel aux plus récentes statistiques qui sont de plus en plus favorables. Qu'il nous suffise de mentionner les 51 cures radicales pratiquées par Halm de Frédérichshain avec une seule mort ; les 120 autres dont Monsieur Lucas-

Championnière a publié la relation en 1888 dont une seule suivie de mort ; les 216 de Bassini avec un seul décès, les 50 interventions de Barker communiquées à la Royal medical and chirurgical Society, suivies de succès et les milliers d'autres cures radicales avec une mortalité aussi faible.

Il existe beaucoup de procédés de cure radicale de hernies inguinales. Chaque variété anatomo-clinique ne doit-elle pas bénéficier de tel procédé, à l'exclusion de tel autre ; autrement dit, chaque procédé n'est-il pas applicable à chaque cas particulier ? C'est ce que nous nous efforcerons de démontrer dans la première partie de notre thèse. Nous continuerons par l'étude rapide et l'appréciation des principaux procédés de cure radicale de hernies inguinales, et nous terminerons par l'exposé d'une nouvelle méthode que nous voyons employer par M. le professeur Forgue depuis quatre ans dans son service à l'hôpital Suburbain. C'est ce dernier chapitre qui doit constituer le sujet même de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ

DE CURE RADICALE DE HERNIE INGUINALE

(BASSINI MODIFIÉ)

PREMIÈRE PARTIE

Le choix d'un procédé technique de cure radicale est rationnel et ne doit pas être imposé par l'habitude de telle ou telle technique exclusive. Il ne faut pas tomber dans l'erreur des auteurs qui, comme le dit avec beaucoup de raison Championnière, « se sont évertués à chercher un procédé unique applicable à tous les cas plutôt qu'une méthode générale devant subir de fréquentes modifications, ou mieux des adaptations aux cas particuliers si changeants dans toutes les variétés de hernies. » Aussi, continue le même auteur, « les procédés décrits sont-ils multiples sans être complets. Les chirurgiens qui n'avaient qu'une expérience très restreinte se sont attachés à leur procédé sans pouvoir démontrer qu'il eût une grande valeur. Chacun des chirurgiens en imitant son prédécesseur se trouvait dans la nécessité de le modifier ou de le remplacer. »

Parmi ce grand nombre de procédés, le chirurgien intelli-

gent ne prendra pas le premier venu ; il devra choisir celui qui convient le mieux à chaque cas particulier et son choix sera guidé par des considérations de deux ordres. Ces considérations seront d'abord d'ordre purement anatomique. Il faut autant que possible, en effet, se rapprocher du type normal reconstitué, c'est-à-dire que le chirurgien herniaire analysera à fond l'état anatomique de la région. Il est bien entendu que l'étude de l'anatomie doit précéder celle de la chirurgie, que la pratique de la dissection est indispensable à tout futur opérateur ; mais c'est surtout en matière de hernie que la connaissance approfondie des détails anatomiques est importante pour mener à bien une opération de cure radicale. Les considérations qui devront encore guider le chirurgien dans le choix d'un procédé seront surtout d'ordre anatomo-pathologique. Quelles seront ces considérations ?

Sans nous arrêter aux modifications que peut subir la peau dans les hernies anciennes soumises à l'action prolongée des bandages et qui peut prendre une coloration ardoisée, présenter un épaississement notable de l'épiderme, et être le siège d'eczéma et même d'ulcérations et de cicatrices, nous parlerons tout de suite de l'examen du sac qui est tout à fait différent, par exemple, dans une hernie congénitale et dans une hernie de l'adulte. Le sac de la hernie congénitale ne recouvre pas d'une façon intime la hernie de l'enfant si celle-ci ne descend pas jusqu'au fond des bourses. D'où, doivent découler des indications particulières. Ce sac qui offre généralement la forme d'une gourde ou d'une ampoule présente un volume plus ou moins considérable ; sa structure peut varier : formé d'une membrane ordinairement assez mince il peut présenter des épaississements dépendant d'une sorte d'inflammation chronique. Il est presque toujours entouré d'une enveloppe cellulo-fibreuse beaucoup plus vasculaire et plus épaisse qui appartient aux enveloppes externes de la

hernie, mais qui peut contracter avec le sac proprement dit des adhérences telles qu'il est fort difficile de l'en séparer. Enfin les parois du sac peuvent subir par places une sorte de transformation fibro-cartilagineuse, ou même une infiltration calcaire que Jules Cloquet croyait dues à une ossification véritable. Le sac herniaire peut présenter des particularités de structure fort intéressantes à connaître au niveau de son collet ; il peut posséder un seul rétrécissement au-dessous et plus ou moins loin de ce collet qui cloisonne incomplètement sa cavité : la hernie ainsi constituée est appelée en bissac ou en sablier. Si ces rétrécissements sont multiples, la hernie a l'aspect moniliforme et prend le nom de hernie en chapelet. Enfin et pour en finir avec le sac et ses particularités anatomiques, nous signalerons la formation de tissu adipeux dans les couches sous-séreuses de cette portion évaginée du péritoine, de cet amas de graisse qui sous le nom de lipome herniaire joue un rôle important dans la production des hernies, mais paraît aussi intervenir quelquefois dans leur processus de guérisons.

Restant toujours dans le domaine anatomo-pathologique, nous avons à considérer l'anneau inguinal, qui, donnant passage chez l'homme au cordon spermatique, et chez la femme au ligament rond, laisse aussi passer le viscère hernié recouvert de son sac. Pour que cet orifice permette ainsi qu'on le franchisse, il faut qu'il présente des altérations, il est nécessaire qu'il soit dilaté anormalement, que cette dilatation soit lente ou graduelle, ou au contraire, brusque dans un violent effort par exemple. Il existe des prédisposés à la hernie : ce sont ces sujets aux parois abdominales lâches, aux anneaux inguinaux naturellement élargis que l'intestin franchira sans effort ou à la suite d'un effort très minime. Il est, au contraire, des sujets vigoureux et bien musclés dont l'orifice inguinal est très étroit, dont les parois du ventre sont

solides ; la hernie chez eux est une hernie de force, l'entre-croisement musculaire et aponévrotique au niveau de l'anneau est alors dilacéré : le délabrement est plus considérable.

Enfin, un facteur important et à considérer dans l'étiologie et la pathogénie des hernies et qui sera une indication particulière du procédé de cure radicale, c'est l'âge du hernieux. Dans la plupart des cas, et partant, en règle à peu près générale, l'affaiblissement musculaire de la paroi sera le fait de sujets avancés en âge ; les vieux sont porteurs de hernies presque toujours beaucoup plus volumineuses que les hernies de l'adolescent : chez celui-ci, au contraire, c'est une hernie qui s'amorce, une pointe de hernie que l'on ne peut sentir qu'avec l'extrémité de l'index introduit dans l'anneau inguinal, en ayant soin de faire tousser le malade.

Toutes ces considérations faites, voyons maintenant les indications que le chirurgien aura à remplir pour réaliser le but de toute cure radicale, c'est-à-dire pour prévenir toute récidive. Ces indications fort importantes lui viennent de plusieurs sources dont la première est le sac. Cette portion de la séreuse devenue extra-abdominale par la *locomotion du péritoine* hors du ventre, étant une amorce des plus sérieuses à la sortie des viscères à travers l'anneau inguinal, ce sac, disons-nous, devra être l'objet des soins les plus minutieux de la part de l'opérateur. L'incision des téguments une fois faite, et le sac trouvé et bien déterminé, le chirurgien devra le disséquer le plus haut possible au moyen des doigts recouverts d'une compresse, et cette dissection sur laquelle Championnière a le premier et le plus justement insisté sera poursuivie bien au-dessus du collet jusqu'à ce qu'on voie la graisse sous-péritonéale. Ce sac bien disséqué sera lié, et cette ligature en chaîne sera très élevée, presque intra-abdominale ; enfin, après l'avoir réséqué de façon à supprimer

le plan de glissement on le fixera haut à la paroi par la manœuvre de Barker dont nous aurons l'occasion de dire quelques mots ultérieurement.

Occupons-nous maintenant d'un élément intéressant, du contenu du sac, de la hernie elle-même. Le chirurgien, suivant le cas, aura une conduite à tenir appropriée. Laissant volontairement de côté l'intestin qui lui-même peut avoir subi diverses altérations dont le sphacèle est la principale, dans une hernie étranglée, par exemple, nous parlerons seulement de l'épiploon et de ses adhérences avec le sac. Le chirurgien devra libérer ces adhérences ; la chose est facile si elles sont peu étendues, la manœuvre devient plus délicate si elles se continuent jusqu'au collet du sac et même plus loin. Ces adhérences peuvent affecter des formes multiples, mais il est une règle absolue c'est qu'il est indispensable que tout rapport entre le sac et l'épiploon soit détruit afin de supprimer toute amorce de hernie. L'épiploon ainsi libéré sera réduit ou mieux excisé. Ici, il faut, croyons-nous, en revenir de la formule trop absolue de Championnière qui prescrit d'une façon systématique les larges résections épiploïques. Sans doute, les épiploons lipomateux, très volumineux, à paquets graisseux condensés doivent être supprimés ; mais la qualité de glissement et d'insinuation attribuée à l'épiploon comme facteur de la récidive ne doit point être exagérée, et ce n'est point de là, si le sac est haut excisé et la paroi bien restaurée que provient la reconstitution de la hernie.

Nous arrivons maintenant à l'indication capitale, au temps principal du procédé de la cure radicale, à la réfection méthodique de la paroi. Cette paroi, qui doit être considérée comme le soutien réel du moignon du sac, comme la vraie résistance à la récidive sous la poussée abdominale, doit être l'objet de la technique la mieux appropriée aux conditions individuelles du sujet. Ici, et surtout ici, il faut distinguer : chez

un enfant, chez un adolescent à paroi musclée, cet élément passe au second plan et parfois il est négligeable. Il suffit souvent pour obtenir une guérison stable que le canal péritonéo-vaginal, sac de la hernie infantile et de l'adolescence soit fermé pour que la récidive soit prévenue. Autre chose est la hernie de l'homme avancé en âge, du sujet obèse ou à musculature pariétale très médiocre, du travailleur, dont les efforts successifs et surajoutés pour une hernie mal contenue ont à peu près réduit le canal herniaire et l'ont transformé en un large orifice sans trajet. Ici l'autoplastie de la paroi prend le premier plan.

DEUXIEME PARTIE

Nous venons de passer en revue les considérations les plus essentielles qui doivent guider le chirurgien dans le choix d'un procédé technique de cure radicale de hernie inguinale, et nous nous sommes efforcé de remonter aux diverses sources auxquelles le chirurgien herniaire devra puiser l'indication spéciale à chaque cas particulier qu'il aura à traiter. Nous allons maintenant avant d'exposer la technique opératoire. proposée par M. le professeur Forgue, rappeler en quelques mots les procédés les plus connus. Nous nous contenterons de l'étude de celui de M. Lucas-Championnière, de celui de Bassini. de la méthode de Barker et enfin du procédé de M. le professeur Estor.

C'est à M. Lucas-Championnière que nous devons la première formule nette des conditions opératoires de la cure radicale à savoir : 1° modifier l'état du canal herniaire, de telle façon que la prédisposition première à la hernie (la tendance au glissement interstitiel) disparaisse ;

2° Trouver le soutien, le point d'appui qui viendra au siège de la hernie détruite, supporter l'effort des viscères, boucher la paroi.

Procédé de Lucas-Championnière.— Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, après avoir mis à nu l'aponévrose du grand oblique par une longue incision remontant de la naissance des bourses

à un point placé un peu au-dessus de l'orifice péritonéal du canal inguinal, la sectionne entre deux pinces et recherche le sac qu'il sépare des éléments du cordon. Une fois le sac découvert il l'ouvre et poursuit sa dissection bien au-dessus de son collet. Le pédicule du sac bien isolé, il en fait la ligature en chaîne et le résèque ; le moignon se réduit alors de lui-même dans le ventre ; si la hernie contient des masses épiploïques même adhérentes, il attire tout ce qu'il peut de l'épiploon au dehors et le résèque, non sans avoir fait une bonne ligature en chaîne au catgut. Enfin il restaure la paroi antérieure du canal inguinal, en faisant chevaucher l'une sur l'autre les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique par une série de points en U. L'opération se termine par la suture de la peau au crin de Florence.

Ce procédé donne de bons résultats dans les hernies de l'enfant et de l'adulte dont la paroi est généralement solide. avec une aponévrose du grand oblique aux faisceaux suffisamment serrés. à condition de multiplier les sutures et d'apporter à leur exécution un soin particulier. Il a l'avantage d'être plus facile à pratiquer que le procédé de Bassini que nous allons rappeler rapidement.

Procédé de Bassini. — Le chirurgien italien procède à peu de chose près comme M. Lucas-Championnière pour ce qui est de l'incision de la peau et de l'aponévrose du grand oblique. de la découverte du sac, de la dissection et de sa ligature. Puis après avoir réduit le moignon du sac dans le ventre. il s'occupe de reconstituer la paroi abdominale ; ici est l'originalité de cette excellente méthode qui consiste essentiellement à refaire un canal inguinal avec ses deux parois antérieure et postérieure. L'auteur reconstitue la paroi postérieure du canal inguinal en fixant le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse et le tendon conjoint à la lèvre postérieure de

l'arcade crurale. Pour cela, il commence par récliner le cordon en haut et en dedans afin d'avoir sous les yeux le fond du canal inguinal à nu. La paroi postérieure refaite, il remet le cordon en place et suture en avant de lui par un surjet les deux bords de l'incision du grand oblique. Il prolonge cette réunion aussi bas qu'il est nécessaire en ne laissant à l'anneau inguinal superficiel que les dimensions juste suffisantes pour le passage du cordon. La peau est suturée au crin de Florence.

Le procédé de Bassini est sans contredit le procédé de cure radicale parfait ; il a l'avantage de s'adresser à des parties solides, telles que le ligament de Fallope et le tendon conjoint qui bien repérées et rapprochées ferment solidement le ventre. Le procédé de Bassini est le seul véritablement anatomique et chirurgical. C'est la méthode de choix dans tous les cas où l'aponévrose du grand oblique n'est pas suffisamment étoffée pour opposer une barrière solide à l'effort des viscères au niveau de l'anneau inguinal sous la poussée abdominale. Le seul reproche à lui adresser, c'est le tiraillement et l'élongation que fait subir au cordon spermatique la manœuvre nécessaire pour le récliner en dedans et permettre une réfection soignée de la paroi postérieure. Rochard insiste beaucoup sur cet inconvénient, qui occasionne, dit-il, chez les opérés, un gonflement, une induration de ce cordon, malgré des suites opératoires nettement aseptiques. Enfin le procédé de Bassini est délicat à bien exécuter. Nombre de chirurgiens se promettent de faire « un Bassini » et ne peuvent s'en tenir exactement à sa technique rigoureuse, manquant souvent le temps le plus essentiel. Cette appréciation est le résultat de l'aveu de beaucoup d'opérateurs.

Procédé de Barker. — Ce chirurgien, après avoir disséqué son sac et l'avoir lié au niveau de son collet charge sur une

aiguille mousse et courbe l'un des chefs du fil qui enserre le pédicule du sac. Il glisse cette aiguille le manche élevé le long de son index gauche qu'il introduit comme doigt guide derrière la paroi abdominale, de bas en haut, entre le péritoine pariétal qu'il décolle un peu et la face profonde du transverse, puis abaissant le manche de son aiguille, il en fait saillir le bec qui perfore la paroi musculaire de dedans en dehors, à quelques centimètres au-dessus de l'anneau inguinal profond. Le second chef est placé comme le premier à une certaine distance en dehors du précédent, en sorte que, après les avoir nouées en avant de l'aponévrose du grand oblique, il a fixé le pédicule séreux à la paroi au-dessus de l'orifice supérieur du canal inguinal.

Le procédé de Barker ne sera que le complément d'une des deux méthodes déjà étudiées, puisqu'il s'occupe exclusivement du traitement du sac. On peut utiliser cette manœuvre tout en réparant la paroi, en reconstituant un canal inguinal par un Bassini.

Il peut être employé seul néanmoins dans la cure radicale des hernies du tout jeune enfant, dont l'anneau inguinal profond n'a pas besoin d'être rétréci par des moyens artificiels, l'âge devant faire revenir cet orifice à des dimensions juste nécessaires au passage du cordon spermatique.

Nous terminerons l'étude rapide des principaux procédés de cure radicale de hernie inguinale par l'exposé très bref de la méthode proposée par M. le professeur Estor, de Montpellier.

Procédé de M. Estor. — Voici essentiellement et d'après l'auteur en quoi il consiste :

Le sac est disséqué aussi haut que possible et réséqué sans incision préalable de l'aponévrose du grand oblique. Cela fait, au moyen de deux fils de gros catgut qui pénètrent dans

les piliers inguinaux d'avant en arrière, s'entrecroisent dans le canal et traversent ensuite la paroi de l'abdomen d'arrière en avant de façon à sortir bien au-dessus et en dehors de l'orifice inguinal externe, nous abaissons une portion de la paroi abdominale, comprenant toute l'épaisseur de cette paroi et la fixons à la place même du trajet inguinal, de manière à fixer ce dernier par une solide trappe musculo-aponévrotique glissant de haut en bas. Cette trappe s'arrête à quelques millimètres au-dessus du pubis, de façon à ne laisser au-dessus de cet os que la place strictement nécessaire pour le passage du cordon.

Nous nous contentons de cet exposé succinct et n'entrerons pas dans le détail de la technique opératoire ; cela nous entraînerait trop loin.

M. le professeur Estor emploie son procédé surtout chez les enfants, mais il ne le déconseille pas chez l'adulte. Le seul reproche qu'il lui fait, c'est d'étrangler quelquefois légèrement le cordon : mais le gonflement du testicule qui s'ensuit n'a jamais donné, dit-il, naissance à des accidents sérieux. Il lui trouve le gros avantage de faire une paroi à cicatrice très épaisse résistant aussi bien, sinon mieux, qu'une paroi saine à l'impulsion de la toux et paraissant très solide puisqu'il n'a jamais constaté de récidive chez les malades qui n'ont pas suppuré.

Ce procédé est applicable aux cas où l'on sera en présence d'un anneau inguinal profond très large avec une paroi solidement musclée cependant. Il est surtout remarquable par sa facilité d'exécution, puisque, comme le dit l'auteur, « on n'incise même pas l'aponévrose du grand oblique et qu'on abaisse simultanément et sans dissection préalable les divers plans de la paroi. » Il est à conseiller par conséquent et en raison de sa technique simple aux chirurgiens peu rompus à la pratique opératoire, qui redouteront la dissection méthodi-

que imposée par un Bassini par exemple. On peut lui reprocher cependant d'être un procédé aveugle.

Si nous avons fait une revue rapide des quelques méthodes les plus connues de cure radicale de hernie inguinale, c'est afin de pouvoir leur comparer la technique opératoire qu'emploie M. le professeur Forgue, et qui n'est qu'une modification de l'immortel procédé de Bassini. Parmi ces exposés trop brefs assurément pour être complets, nous en avons omis volontairement et non des moins connus. Notre modeste travail n'est pas une revue de tous les procédés de cure radicale de hernie inguinale. Nous voulons seulement exposer la méthode du professeur Forgue et il nous a paru utile de mettre en parallèle cette technique intéressante et celles que nous avons étudiées plus haut.

TROISIÈME PARTIE

PROCÉDÉ DU PROFESSEUR FORGUE

(Bassini modifié)

L'index gauche est appuyé par sa pulpe sur l'orifice inguinal externe qu'il repère et dans l'intervalle des deux piliers duquel il s'insinue. Sur ce repère, l'incision est conduite obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, de façon à ce que son extrémité supérieure arrive à la hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure, passant à deux ou trois travers de doigt en dedans de cette saillie. Son extrémité inférieure reste très élevée, descendant à deux ou trois centimètres plus au-dessous du doigt qui sert de jalon, placé sur l'orifice externe et entamant à peine la racine correspondante des bourses ; l'incision est donc parallèle au trajet inguinal, abdominale et non scrotale. Dans le cas de hernie très volumineuse elle s'élève de plus en plus vers et jusqu'au-delà de la hauteur ombilicale, incision de laparotomie plutôt que de kélotomie. En deux coups successifs on incise d'un bout à l'autre de l'incision la peau, le tissu cellulo-adipeux, le fascia superficialis. Chemin faisant, on rencontre les vaisseaux sous-cutanés abdominaux et les rameaux venant des honteuses externes, que l'on a soin de pincer très exactement ; il arrive

souvent que la veine sous-cutanée abdominale est volumineuse, l'insuffisance de son hémostase donne lieu à de petits hématomes qu'il faut éviter. M. le professeur Forgue trouve commode d'achever la découverte de l'aponévrose du grand oblique et de la partie haute de la gaîne crémastérienne du cordon en quelques coups de doigt qui refoulent la lame cellulo-fibreuse profonde du fascia superficialis, rapidement et sans hémorragie.

D'un coup de pointe, de bas en haut, d'un trait continu à partir de l'orifice inguinal externe, on incise l'aponévrose du grand oblique, en ayant soin de placer cette incision, non point sur le milieu du trajet inguinal, selon l'axe du canal, mais un peu en dedans et au-dessus, de façon à conserver au lambeau inférieur de l'aponévrose du grand oblique le plus de largeur possible, ce qui simplifie le placement du surjet qui joint les deux lèvres de l'incision aponévrotique, lors de la reconstitution de la paroi antérieure du trajet.

Deux pinces américaines sont placées sur chacune de ces lèvres de l'aponévrose incisée et sont destinées à les tendre exactement à les bien présenter, pendant qu'avec la sonde de Kocher passée au-dessous d'elle et déplacée parallèlement à sa face profonde, en quelques mouvements rapides, on décolle en haut et bas cette aponévrose. En haut, on la sépare du plan du petit oblique à laquelle la rattachent quelques tractus cellulo-fibreux qui se rompent aisément sous la pression de la sonde. En bas, on la dégage profondément du cordon et on ne s'arrête que lorsque on a en vue toute la face supérieure de l'arcade crurale. Donc, avec le bout de l'index, suivant et rasant le bord inférieur de l'aponévrose du grand oblique et écartant en dedans le cordon et le sac, puis avec la sonde de Kocher longeant la lèvre postérieure de la gouttière de l'arcade, pendant qu'on rabat vers l'aine le lam-

beau inférieur de l'aponévrose du grand oblique bien tendu par ses deux pinces, on poursuit à fond le dégagement et l'étalement de l'arcade. On ne s'arrête que lorsqu'on l'a bien découverte en longueur depuis l'orifice profond jusqu'à la symphyse pubienne et quand en profondeur on a atteint le bord postérieur de cette arcade. On voit alors très bien la disposition suivante, surtout quand avec le bout de la sonde de Kocher, on a libéré du *fascia transversalis* la lèvre profonde de l'arcade. Vers la face postérieure de la symphyse pubienne on a découvert un plan largement étalé en ruban dense composé de fibres nacrées qui s'attachent à l'épine pubienne et surtout s'épanouissent en arrière de la symphyse et en bas vers le ligament de Gimbernat.

Cette lèvre postérieure de l'arcade, bandelette ilio-pubienne, bien affranchie par quelques coups de sonde des adhérences qu'elle a avec le plan mince du fascia transversalis, apparaît comme une crête dense et nette, qu'il est facile de pincer profondément avec une ou deux pinces américaines. Dès lors, on dispose d'un solide plan d'attache où l'on va pouvoir amarrer le plan musculaire de la paroi. De plus, l'arcade est libérée et prise à son extrême profondeur, de telle façon que tout le lambeau inférieur de l'aponévrose du grand oblique reste disponible pour une reconstitution méthodique, largement affrontée, du plan aponévrotique superficiel, par dessus cette conjonction des muscles avec l'arcade. Enfin, et surtout, le dégagement et le soulèvement de ce bord profond de la gouttière, donne toute clairvoyance et toute sécurité pour passer, sans danger pour la veine fémorale, les fils d'amarre sur l'arcade : en plaçant un écarteur qui refoule au dedans le cordon, en tendant et en soulevant avec la pince qui fixe sa lèvre postérieure le plan fibreux de l'arcade, libéré du fascia transversalis, on voit avec une parfaite netteté ce

que l'on fait, on conduit l'aiguille avec précision, et l'on s'éloigne sûrement des vaisseaux de la veine surtout, que l'on peut écarter et protéger du bout de l'index. M. Forgue attache à ce point technique une importance majeure : c'est lui qui décide de la valeur du procédé, qui lui donne son efficacité au point de vue de la solidité de l'attache inférieure et sa sécurité au point de vue de l'évidence des manœuvres.

A ce moment, le pédicule herniaire est bien apparent, bien dégagé, et il est facile d'apprécier quelle est l'importance du plan musculaire du petit oblique et du transverse. La dissection et le relèvement de la lèvre supérieure de l'aponévrose a permis d'arriver au-delà du plan charnu du petit oblique jusqu'à ses fibres tendineuses et jusqu'au bord externe du muscle grand droit. On apprécie et, tout à l'heure quand le sac aura été lié et réséqué, on appréciera avec plus de précision encore, comment le petit oblique, contournant le pédicule herniaire, s'étale pour rejoindre l'arcade, quelle valeur de soutien il offre, quel éloignement au-dessus de l'arcade il présente, quelle courbe plus ou moins allongée il décrit par agrandissement du *point faible*, quel amincissement plus ou moins marqué offrent les deux plans du petit oblique et du transverse, quel est le degré de conservation apparente du tendon conjoint, c'est-à-dire de la zone aponévrotique commune aux deux muscles insérée au voisinage de l'épine pubienne : ces derniers points se jugeant, non à l'œil, mais au doigt insinué sous le rebord de l'anse formé par les fibres inférieures du petit oblique, vers le pubis.

Au niveau du pédicule herniaire, on incise la gaine du cordon, d'abord la tunique crémastérienne de valeur variable, surtout en ce qui concerne son faisceau externe dont les anses descendent plus ou moins bas vers le testicule, puis la fibreuse, enfin la vaginale. Les couches sont très adhérentes quand le malade a porté un bandage. Le sac est toujours

reconnaissable à son aspect de plan fibreux, à son ton blanchâtre, se distinguant des couches graisseuses ou des éléments vasculaires du cordon.

Le sac une fois incisé, on insinue deux ou trois doigts de la main gauche dans son fond que l'on tend vigoureusement et l'on fait la décortication du sac en dégageant tous les éléments du cordon soit avec les pinces à dissection, soit comme nous le faisons souvent, en épluchant le sac avec une compresse, soit, quand il s'agit de tractus fibreux un peu plus résistants en tendant ces tractus avec la pince pendant que l'aide donne de petits coups de ciseaux tangentiellement à la paroi externe du sac. Ce dégagement doit être poussé le plus haut possible : les doigts qui sont coiffés du fond du sac le tirent, le tirent de plus en plus de bas en haut pendant que les doigts de la main droite revêtus d'une compresse épluchent de très près le pédicule : il faut cependant avoir très grand soin de s'arrêter quand on aperçoit en dedans du sac une graisse jaunâtre : on ouvre alors largement le sac jusqu'à son pédicule et l'on vérifie si l'on ne voit pas dans son intérieur le commencement de la vessie, sous forme d'un pli saillant.

Le pédicule est alors traversé par un fil de catgut que l'on passe par le milieu de son anse pour faire un « Lawson-Tait ». On fait le « Barker » une fois la ligature faite, c'est-à-dire que chacun des chefs du fil qui lie le pédicule est conduit sous le petit oblique et le transverse dans la direction de l'axe du canal inguinal : puis, à une distance de deux ou trois travers de doigt, l'aiguille de Championnière chargée successivement de chacun de ces chefs, est poussé d'arrière en avant à travers la paroi musculaire. Les deux fils sont liés ensemble au-devant des muscles.

Reste maintenant à reconstituer la paroi musculaire, c'est-à-dire à supprimer complètement le « point faible » en venant

« conjoindre » au bord postérieur de l'arcade crurale une lame, large et solide, constitué par le double plan du petit oblique et du transverse, et, dans le cas de hernie volumineuse ayant fortement distendu ces plans, empruntée même au muscle grand droit. Grâce à la dissection, au dégagement préalable, anatomiquement conduits, des plans composants, toute cette opération va être menée au plein jour, avec netteté et avec une adaptation exacte du détail opératoire au but nécessaire. Maintenant que le sac est lié, la région est encore plus clairement exposée que tout à l'heure ; et l'on peut bien juger alors de l'ampleur du point faible, de l'écartement du petit oblique et du transverse au-dessus de l'arcade, et, même en poussant en dedans le bout de l'index vers le pubis, on apprécie la résistance de la *falx inguinalis*. Sans doute, il ne faut pas exagérer les détails de cette anatomie fine : il est évident que tels ou tels points descriptifs qui occupent les anatomistes comme le ligament interfovéolaire d'Hesselbach ou le muscle interfovéolaire, ou le ligament de Henlé, ne sont pas distingués par le chirurgien opérant ou ne le préoccupent guère. Il n'en est pas moins vrai que le but est de reconstituer la région dans son type normal, bien mieux, dirions-nous, de reformer les plans dans des conditions de résistance plus que normales (car il n'est pas naturel que les fibres intérieures du petit oblique et du transverse, en dedans de l'orifice interne, s'attachent sur toute la longueur de la lèvre postérieure de l'arcade, en supprimant complètement tout « point faible »). Et l'avantage de la technique suivie par M. Forgue, c'est la clairvoyance parfaite des manœuvres, leur méthode anatomique, leur appropriation précise à l'autoplastie musculaire de la paroi.

Grâce aux deux pinces qui tendent et soulèvent la lèvre profonde de l'arcade, la crête visible de la bandelette ilio-pubienne de Thompson, il est facile de passer, avec précision,

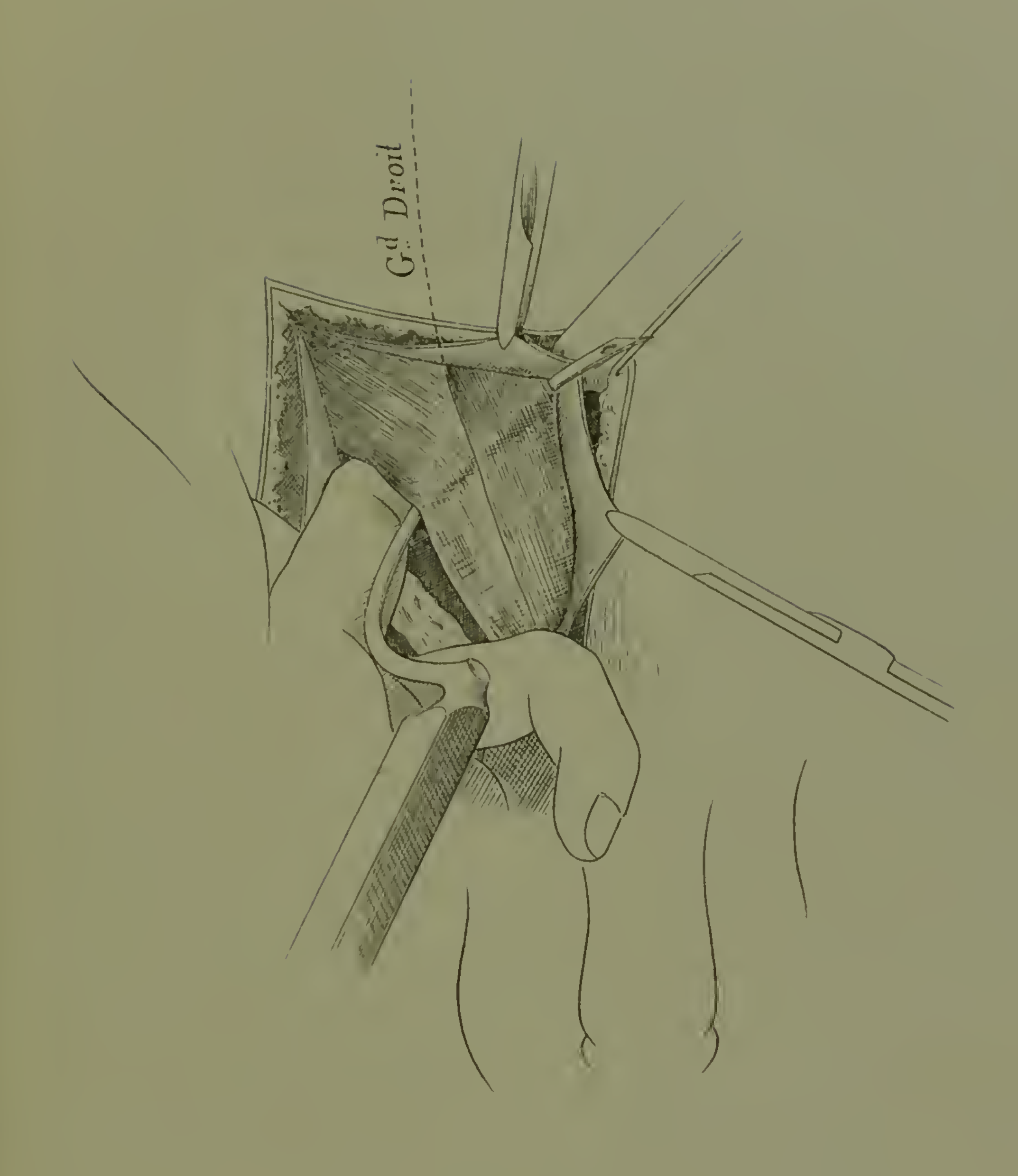


FIGURE 1. — *Extraite de la 3e édition de la* Thérapeutique chirurgicale *de Forgue (sous presse).*

Montre la large lame musculaire (petit oblique et même bord externe du grand droit) qui est chargée par l'aiguille et sera amarrée, en avant du cordon, au bord postérieur de l'arcade crurale.

quatre gros points au catgut qui vont « amarrer » solidement à ce point fixe la lame musculaire. Le point le plus externe va être placé aussi près que possible et au-dessous de l'orifice interne, dans la région périlleuse de l'arcade qui avoisine la veine fémorale. Or, dans ces conditions d'exécution technique du procédé, cette veine ne court aucun risque, ni celui (survenu à des opérateurs qui ne l'ont pas publié) de léser ses parois d'un coup d'aiguille, ni celui d'ajuster trop étroitement et trop au contact de la veine ce rapprochement et de provoquer ainsi des phénomènes de compression veineuse. La marge profonde de l'arcade, affranchie par quelques coups de sonde de ses adhérences avec le *fascia transversalis*, est tirée en haut et en dedans par la pince qui la tend; la bandelette fibreuse s'écarte de la gaine vasculaire, et, pour plus de sécurité, la pulpe de l'index peut s'insinuer au-dessous et protéger la veine pendant le passage du fil. Ce premier point une fois en place, les trois autres sont d'un placement plus facile encore, puisqu'on s'éloigne de la zone vasculaire. Le dernier est placé derrière la région de l'épine pubienne ; là les fibres de l'arcade s'épanouissent, s'éventaillent en un large ruban fibreux, dont les faisceaux inférieurs se recourbent en bas, en arrière de la symphyse ; nous prenons ce plan fibreux en pleine largeur, en le chargeant sur l'aiguille de Reverdin, conduit de près, tangentiellement, au plan osseux sous-jacent.

Voilà les quatre amarres placées sur l'arcade ; une pince à forcipressure a pris les deux chefs de chacun d'eux, et, pour éviter toute confusion de fils, on les range méthodiquement sur une compresse. Il faut maintenant charger en largeur suffisante pour que la paroi soit reconstituée par une solide lame musculaire, et en pleine épaisseur du double plan conjoint formé par le petit oblique et le transverse, ces deux muscles. La chose est simple et nette : pendant que l'aide

écarté, sous la traction des pinces qui le fixent, le lambeau supérieur de l'aponévrose du grand oblique, découvrant ainsi largement la face antérieure du petit oblique et le relief du grand droit se dessinant à travers le feuillet antérieur de sa gaine, le chirurgien pique dans la paroi, avec une forte aiguille de Chaput, à deux travers de doigt environ au-dessus de l'anse à fibres descendantes, qui représente le bord inférieur du petit oblique : son index gauche s'insinuant sous ce bord, parallèlement au plan profond du transverse, guide le trajet de l'aiguille, contrôle son passage exact au contact et au-dessous du plan musculaire de la paroi, jusqu'au moment où le bout de l'aiguille émerge au-dessous du bord inférieur du petit oblique. On a chargé ainsi, et on le vérifie en soulevant l'aiguille, une large lame de muscle, comprenant la pleine épaisseur du petit oblique et du transverse ; pour les points les plus internes, et dans les cas où l'agrandissement du point faible est considérable, on peut même charger une bande plus ou moins large de la partie externe du muscle grand droit. L'aiguille, une fois apparue au-dessous du bord inférieur du petit oblique, on engage dans son chas le bout supérieur du premier catgut ; on la retire, et ce chef du fil, embrassant la lame musculaire pariétale, est repéré par une pince qui prend en même temps son chef inférieur passé dans l'arcade. Ainsi sont placés successivement de dehors en dedans les trois autres gros catguts. Il ne reste plus qu'à les nouer et à ajuster : sous leur striction successive, on voit le plan musculaire, abaissé, se conjoindre solidement au bord profond de l'arcade, cela forme une épaisse lame de muscle, ramassée vigoureusement par les quatre sutures, entre lesquelles elle dessine quatre bourrelets saillants : la fermeté de prise est aussi parfaite du côté de l'attache à l'arcade où elle s'amarre à la bandelette de renforcement de Thompson, que du côté de la paroi où elle embrasse une bande muscu-

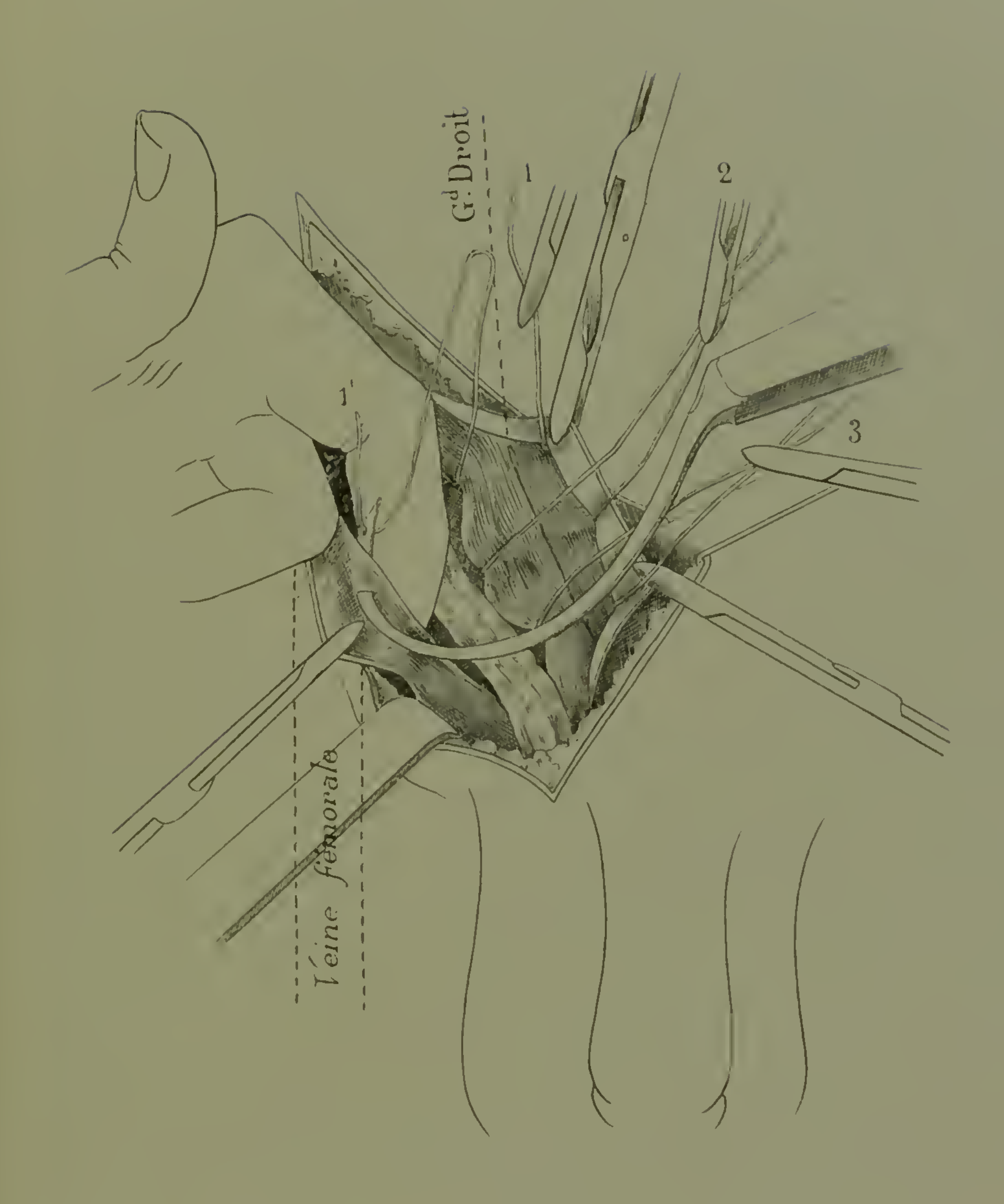


FIGURE 2. — *Extraite de la 3e édition de la* Thérapeutique chirurgicale *de Forgue (sous presse).*

Montre les fils placés sous la lame musculaire (petit oblique, transverse et bord externe du grand droit ; le premier fil traversant le bord postérieur de l'arcade crurale, pendant que la pulpe de l'index gauche protège la veine fémorale). Il eût fallu représenter ici les pinces qui tendent et écartent ce bord de l'arcade ; on ne l'a pas fait pour ne pas compliquer le dessin.

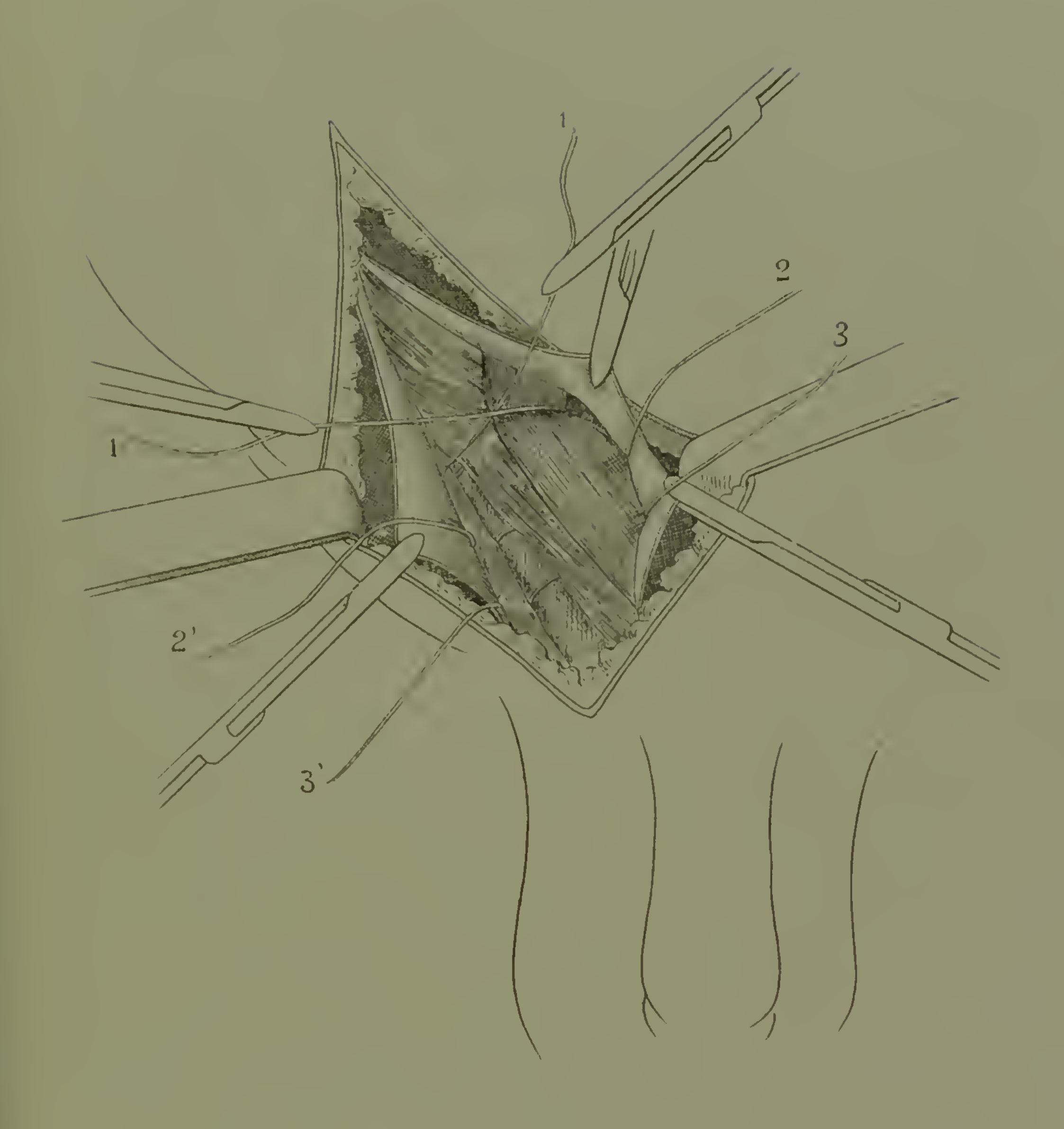


FIGURE 3. — *Extraite de la 3e édition de la* Thérapeutique chirurgicale *de Forgue (sous presse).*

Montre les fils (on n'en a représenté que 3 ; M. Forgue passe 4 gros catguts), passés sous les muscles et amarrés à l'arcade ; le fil 1 va être serré et va opérer le rapprochement de cette large bande musculaire amenée au contact de la crête postérieure de l'arcade crurale.



FIGURE 1. — *Extraite de la 3e édition de la* Thérapeutique chirurgicale *de Forgue (sous presse).*

Montre les fils serrés et ramenant en avant du cordon le large panneau musculaire conjoint au bord postérieur de l'arcade (ici on a représenté des fils métalliques tordus que M. Forgue n'emploie plus que pour le Bassini typique) ; par-dessus ce plan musculaire fortement ajusté (une erreur de dessin fait que cette conjonction exacte n'est pas représentée à la partie inféro-interne), on rapproche par un surjet les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique.

laire de largeur et d'épaisseur suffisantes pour offrir toute résistance. Dans les deux premières années, M. Forgue employait volontiers des fils d'argent pour consolider encore cette réparation de la paroi : devant quelques accidents d'intolérance des fils d'argent (dans deux cas, il lui a fallu procéder à leur ablation tardive), il a abandonné ces fils métalliques pour de gros catguts, excepté dans les cas où le volume de la hernie et l'ampleur démesurée du point faible lui font recourir au Bassini typique. Exécutée avec ce soin, la reconstitution autoplastique de la paroi donne toute garantie de solidité ; en avant du cordon, on a abaissé ainsi un large panneau musculaire, fortement conjoint à l'arcade, on a « baissé la devanture » : là se trouve l'élément majeur de la résistance pariétale : la réfection de la couche aponévrotique du grand oblique n'est qu'une condition de bien moindre valeur contentive.

Le dernier temps consiste dans la suture du plan fibreux de l'aponévrose du grand oblique : au regard de la solide lame musculaire sous-jacente, il n'a qu'un rôle plastique secondaire dans le renforcement de la paroi, mais il n'en est pas moins un plan d'appui, et il faut apporter le plus de soin possible à l'établissement de ce soutien aponévrotique. D'ailleurs, la dissection et la mobilisation que M. Forgue a faite des deux lambeaux supérieur et inférieur, de l'aponévrose du grand oblique, facilitent cette suture qui peut se faire soit par des points en U adossant largement et faisant saillir en crête les deux lèvres aponévrotiques, soit par un surjet au catgut très ajusté, dont les points sont faufilés « à la Lembert » de façon à opérer une sorte de plissement, de froncement qui applique et accole le plan aponévrotique au plan musculaire sous-jacent. Il faut vérifier si l'anneau est assez étroitement serré, réduit à la dimension minime pour le passage du cordon : un ou deux catguts complémentaires sont

parfois nécessaires pour parfaire ce point. L'incision cutanée est fermée par des points au crin de Florence, sans drainage ; la position haute de cette incision favorise son exacte compression sous le pansement, que, depuis longtemps, M. Forgue a l'habitude de réduire à sa plus simple expression : une couche de gaze aseptique. un tampon de coton aseptique, une nappe mince de coton autoclavé couvrant l'hypogastre et la face antérieure de la région crurale, un spica de flanelle. C'est un abus inutile que ces épais pansements que l'on voit encore carapaçonner l'abdomen et la cuisse des opérés de hernie ; avec l'asepsie, il suffit que le pansement soit bien ajusté, protégeant la ligne de sutures et comprimant méthodiquement les plans ; chez l'enfant même, depuis longtemps et avant Broca, on a supprimé tout pansement et l'on s'est borné à couvrir la ligne suturale avec du collodion ou de la kollasine.

Ce procédé en somme n'est qu'un dérivé du Bassini. M. Forgue a été conduit à le pratiquer, en novembre 1899, à cause des inconvénients que lui avait paru entraîner le Bassini typique et qui résultaient de la mobilisation forcée du cordon. Il avait noté des tuméfactions douloureuses du cordon, des funiculites durant trois à cinq semaines, prolongeant le séjour à l'hôpital, pas toujours résolues à la sortie, enlevant à l'opéré sa satisfaction complète. Six fois il avait observé des phénomènes douloureux, ayant duré de un mois à deux mois, et qui lui avaient semblé dépendre de névralgie funiculaire. Il avait été frappé de la fréquence plus grande de la rétention d'urine dans les opérations comportant la mobilisation du cordon que dans celles qui le laissent en place. Et il avait été ainsi conduit à régler une opération qui eût les avantages plastiques du Bassini sans en avoir l'inconvénient résultant du délogement du cordon et du traumatisme qui en est l'effet. Et il lui avait paru que la conjonction du plan musculaire à l'arcade. en avant du cor-

don non délogé, résolvait le problème. Sans doute, elle ne rétablissait pas, comme le Bassini-type, l'ordre anatomique normal, elle ne restaurait point un trajet oblique, de longueur parfaite, intra-pariétal, logeant le cordon, de l'orifice profond à l'orifice superficiel, entre une paroi postérieure musculaire et une paroi antérieure aponévrotique ; elle le faisait passer en arrière du rideau musculaire abaissé des petit oblique et transverse ; elle le casait dans un trajet anormal rétro-musculaire et reportait pour ainsi dire l'orifice interne au regard de l'orifice externe sans reconstitution d'un canal oblique intermusculo-aponévrotique. Mais, à défaut de ce type anatomique normal, elle réalisait une autoplastie très ferme et complète de la paroi : elle supprimait totalement le point faible et donnait à la région herniaire, au moignon du sac excisé et remonté par le Barker, un plan d'appui si résistant qu'il lui semblait devoir constituer, à l'endroit de la récidive, une solide garantie. Et, de fait, les résultats l'ont démontré : jusqu'en 1900, la proportion de récidives restait entre 5 et 6 pour 100 ; depuis 1900, pour les hernies d'adulte (car pour les hernies d'enfants M. Forgue n'a plus observé de récidive), elle est descendue entre 2 et 3 pour 100 (pour les cas opérés depuis plus de deux ans, les seuls qui puissent entrer en ligne de compte), proportion qui varie d'ailleurs selon la catégorie clinique, le volume, l'âge (elle est égale à 0 chez les enfants au-dessous de 12 ans), la distension du trajet herniaire, l'affaiblissement de la paroi musculaire, les complications pulmonaires qui font tousser le sujet, les imprudences de convalescence qui le font lever et faire effort prématurément.

Un dernier point doit être examiné : c'est une question — d'ailleurs accessoire — de priorité. Voilà plus de cinq ans, depuis novembre 1899, que M. Forgue emploie ce procédé; Ro-

chard (1) décrit une technique à peu près identique, laissant en place le cordon, et qu'il utilise depuis deux ans ; Schwartz (2), dans une lettre ouverte à Rochard, déclare recourir à un procédé analogue depuis une douzaine d'années. Cela prouve que le même problème s'est posé devant différents esprits et a été résolu sensiblement de même façon ; mais, au total, ces modifications techniques sont dérivées du Bassini-type ; elles n'en sont que des sous-procédés. Le fait fondamental, l'idée initiatrice, c'est la restauration musculaire du trajet et le mérite d'en avoir tracé les règles anatomiques demeure entier au chirurgien de Padoue. Faire passer ce plan musculaire en avant et par-dessus le cordon restant en place, au lieu de le conjoindre en arrière, c'est simplifier la technique, c'est épargner au cordon les tiraillements résultant de son délogement forcé, c'est d'ailleurs faire assez dans les cas moyens. Mais c'est une solution qui n'a point la perfection anatomique du Bassini vrai, qui ne restaure point le type normal du trajet inguinal, et qui risque d'être moins efficace, moins capable de contention solide dans les cas de volumineuse hernie, à canal distendu, à paroi très affaiblie, car, dans ces cas, il faut garder le Bassini première manière.

Au surplus, si l'on veut discuter plus à fond cette priorité, ce n'est ni à M. Forgue, ni à Rochard, ni à Schwartz, ni à Halsted que l'invention doit en être attribuée : c'est à Wölfler, qui a réglé, depuis 1888, c'est-à-dire à une date presque contemporaine de l'opération de Bassini, un procédé laissant en place le cordon et ramenant par-dessus lui un solide panneau musculaire. Même on peut dire que le procédé de Wölfler multiplie les précautions de cette autoplastie musculaire, puisqu'il comprend les temps et les plans suivants : suture du petit

---

(1) Rochard, *Gazette des Hôpitaux*, 18 avril 1905, p. 534.
(2) Schwartz, *Gazette des Hôpitaux*, 25 avril 1905, p. 715.

oblique au bord postérieur du ligament de Poupart ; ouverture de la gaine du grand droit et suture du bord externe de ce muscle et de son aponévrose à l'arcade crurale ; enfin, suture, à l'arcade, du bord interne de la gaine incisée du grand droit et réunion des bords de l'incision de l'aponévrose du grand oblique. Le principe est le même ; comme M. Forgue nous l'a appris dans ses leçons, c'est, ainsi que son procédé, un Bassini antérieur, anti-funiculaire, et le renforcement de la paroi musculaire s'y effectue par des couches plus nombreuses, grâce à cette sorte de dédoublement du grand droit. On voit donc que ces droits de priorité se partagent. Concluons simplement que le procédé est logique puisqu'il s'est imposé comme solution de choix et de simplification à plusieurs chirurgiens, ignorant réciproquement leurs tentatives, et qu'il est efficace puisqu'il les a identiquement satisfaits.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Montpellier, le 13 juillet 1905
Le Recteur,
Ant. BENOIST

VU ET APPROUVÉ
Montpellier, le 13 juillet 1905
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aguilar (J.). — D'une nouvelle méthode de cure radicale de la hernie inguinale. (Médecine moderne, 1897, p. 429).

Bassini (Ed.). — Ueber die Behandlung des Leistenbruches, arch. f. Klin. chir. 1890, t. XL, p. 429, 476.

Berger (P.). — La hernie inguino-interstitielle et son traitement par la cure radicale. 14e Congrès français de chir. Paris 1901, p. 564 et Revue de chirurgie 1902, t. XXV, p. 1.

Bufnoir (C.). — De la cure radicale des hernies inguinales par le procédé myoplastique (indications, manuel opératoire, résultats éloignés), thèse de Paris, 1900.

Championnière (J. L.). — Cure radicale de la hernie inguinale d'après 989 opérations, description de la méthode. Journal de méd. et de chir. pratiques 1901, 4e série, t. LXXII, p. 241-252 (4 fig.).

Delagenière (H). — Etude critique des procédés modernes de cure radicale des hernies inguinales et crurales. Gaz. des Hôpitaux, 1888, p. 97.

Jonnesco (Th.). — Procédé de cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus. Congr. intern. de Moscou, 1897.

Payot (M.). — Sur un nouveau procédé de la cure radicale de la hernie inguinale. Thèse Paris 1897.

Poullet (J.). — Cure radicale des hernies, même chez les vieillards, par la méthode à lambeau fibro-périostique, Lyon méd. 1893, t. LXXIV, p. 410.

Reille (P.). — Cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de l'abaissement mis en usage par le docteur Schwartz, thèse Paris 1898.

Villar (Fr.). — Les nouveaux procédés de cure radicale des hernies inguinales. 11e Congrès français de chir. Paris 1897, p. 400. Voir aussi Hernies en général, p. 263.

Macewen (V.) — Of the radical cure of oblique inguinal hernia by internal abdominal péritoneal pad, and the restoration of the valved form of the inguinal hernia. Brit. med Journ., 1887, t. II, p. 1263-1271.

Blaise (P.). — Canal inguinal chez l'adulte. cure radicale de la hernie inguinale. (Procédé de Berger), thèse Paris, 1894.

Bittner (W.). — Ueber die Radical operation des Leistenbruches. Med. chir. Centralb. Wien, 1900, t. XXXV, p. 10 et 118.

Forgue (E.) et Reclus (P.). — Traité de thérap. chir., 2e édition 1898, t. II, p. 634, Société de chirurgie. Discussion sur la cure radicale des hernies, Bull et mém. soc. de chirurgie, 1887, t. XIII. Richelot, p 641-751 Terrillon 653 L Championnière, 656-684 et 691-757. Th. Anger, 664-684. Berger, 665. Terrier, 676-712. Segond, 680 746. Trélat, 684-688. 712-737-750. Le Fort, 705-729. Polaillon, 713. Reclus, 734. Verneuil, 715.

SERMENT

En presence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !